



Universidad
Zaragoza

Trabajo Fin de Grado

Plan de Mejora para la prevención del síndrome de
Desgaste por Empatía en atención paliativa

Improvement Plan for the prevention of Compassion
Fatigue syndrome in palliative care

Autora

ANA AVIOL OLIVEROS

Director

Dr. MIGUEL ARIÑO LAPUENTE

Facultad de Ciencias de la Salud / Universidad de Zaragoza

Año 2020-2021

***"LA CUERDA DE UNA GUITARRA, SI LA APRIETAS
DEMASIADO SE ROMPE, Y DEMASIADO POCO NO SUENA"***

(Sidharta Gautama)

ÍNDICE

1. RESUMEN.....	5
1. ABSTRACT.....	6
2. INTRODUCCIÓN	7
2.1 JUSTIFICACIÓN DEL PLAN DE MEJORA	10
3. OBJETIVOS.....	10
3.1 OBJETIVO GENERAL	10
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	10
4. METODOLOGÍA.....	11
4.1 PLANIFICACIÓN DE TAREAS: CRONOGRAMA.....	11
4.2 BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA.....	12
4.3 DIAGRAMA DE ISHIKAWA: RELACIÓN CAUSA-EFECTO	14
4.4 DISEÑO DEL PLAN DE MEJORA	15
4.4.1 ÁMBITO DE APLICACIÓN	15
4.4.2 POBLACIÓN DIANA	16
4.4.3 ANÁLISIS DAFO	17
4.4.4 DECLARACIÓN DE INTERESES	19
5. DESARROLLO.....	20
5.1 TAXONOMÍA DIAGNÓSTICA NANDA.....	20
5.2 CICLO DE DEMING (CICLO PDCA)	21
5.3 PLANIFICAR (PLAN)	22
5.4 HACER (DO)	23
5.4.1 EVALUACIÓN PREVIA A LAS SESIONES	23
5.4.2 SESIONES FORMATIVAS DEL PLAN DE MEJORA	23
5.4.3 TERAPIA NARRATIVA DIGITAL DEL PLAN DE MEJORA.....	28
5.5 VERIFICAR (CHECK)	30
5.5.1 EVALUACIÓN ECONÓMICA: RECURSOS Y PRESUPUESTO	30
5.5.2 INDICADORES DE CALIDAD.....	32
5.5.2.1 INDICADORES DE ESTRUCTURA.....	32
5.5.2.2 INDICADOR DE PROCESO.....	33
5.5.2.3 INDICADORES DE RESULTADO.....	34
6. DISCUSIÓN	36
7. CONCLUSIONES	38
8. BIBLIOGRAFÍA	39
9. ANEXOS.....	42

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Bases de datos, revistas y páginas web	13
Tabla 2. Plantilla de Enfermería.	16
Tabla 3. Criterios de selección de la población diana	17
Tabla 4. Explicación de la matriz DAFO.	18
Tabla 5. Diagnósticos de Enfermería.....	20
Tabla 6. Planificación del Plan de Mejora.	22
Tabla 7. 1º Sesión: ¿Qué es el SDE y cómo me afecta?	25
Tabla 8. 2º Sesión: Comunicación terapéutica saludable. Borrar "CS".	26
Tabla 9. 3º Sesión: Cuida, pero sin descuidarte. "FC" VS "SC"	27
Tabla 10. Explicación de la terapia narrativa.	29
Tabla 11. Presupuesto de recursos humanos.	30
Tabla 12. Presupuesto de recursos materiales e infraestructura.	31
Tabla 13. Presupuesto de la reprografía	31
Tabla 14. Indicador de estructura I	32
Tabla 15. Indicador de estructura II	33
Tabla 16. Indicador de proceso.....	33
Tabla 17. Indicador de resultado I.	34
Tabla 18. Indicador de resultado II.	34
Tabla 19. Indicador de resultado III	35

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Cronograma	11
Gráfico 2. Diagrama de Ishikawa	14
Gráfico 3. Matriz DAFO.....	18
Gráfico 4. Ciclo de Deming adaptado al Plan de Mejora.....	21

ÍNDICE DE IMÁGENES

Imagen 1. Ubicación del Hospital San Juan de Dios.....	16
--	----

1. RESUMEN

Introducción

Ante el envejecimiento poblacional progresivo sufrido en España, donde los cuidados paliativos son cada vez más demandados y necesarios, la sobrecarga emocional y el sufrimiento ante el dolor ajeno incrementan de forma significativa el riesgo de desarrollar el síndrome de "Desgaste por Empatía" en el profesional de Enfermería que brinda cuidados al final de la vida. Debido a su alta prevalencia en este colectivo unido a sus múltiples repercusiones a nivel global, el abordaje preventivo a través de estrategias de afrontamiento resulta fundamental para frenar el deterioro de su salud y, con ello, garantizar la calidad de los cuidados proporcionados.

Objetivo

Diseñar un Plan de Mejora para la prevención del síndrome de "Desgaste por Empatía" en el personal diplomado o graduado en Enfermería que presta asistencia paliativa a pacientes terminales.

Metodología

Se llevó a cabo una búsqueda bibliográfica a través de distintas bases de datos, revistas, guías y páginas web para conocer la evidencia científica sobre cómo afecta y qué repercusiones tiene el síndrome de "Desgaste por Empatía" en el personal de Enfermería, así como las medidas de prevención más eficaces. A partir de la recopilación de la información pertinente se elaboró el Plan de Mejora.

Conclusiones

Este Plan de Mejora aboga por una adecuada prevención del síndrome a través de la formación profesional en habilidades comunicativas y de afrontamiento, la capacitación en la autorregulación y expresión emocional y promoviendo el autocuidado y el apoyo interprofesional.

Palabras clave: "Desgaste por Empatía", "Fatiga por Compasión", "Prevención", "Cuidados Paliativos" y "Enfermería".

** "Compassion Fatigue" es el único término empleado en el habla inglesa para designar al síndrome, puesto que "Desgaste por Empatía" resulta ser una traducción del término original inglés.*

1. ABSTRACT

Introduction

Faced with a progressive aging population suffered in Spain, where palliative care is increasingly demanded and necessary, the emotional overload and suffering from other people's pain significantly increases the risk of developing "Compassion Fatigue" syndrome in the nursing professional who provides end-of-life care. Due to its high prevalence in this group together with its multiple repercussions at the global level, the preventive approach through coping strategies is essential to stop the deterioration of their health and, with it, to ensure the quality of the care provided.

Objective

To design an Improvement Plan for the prevention of "Compassion Fatigue" in nursing graduates who provide palliative care to terminal patients.

Methodology

A bibliographic search was carried out through different databases, guides and websites to learn the scientific evidence on how it affects and what repercussions the "Compassion Fatigue" has on the nursing personnel, as well as the most effective prevention measures. Based on the collection of relevant information, the Improvement Plan was developed.

Conclusions

This Improvement Plan advocates adequate prevention of the syndrome through professional training in communication and coping skills, training in self-regulation and emotional expression and promoting self-care and interprofessional support.

Key words: "Compassion Fatigue", "Prevention", "Palliative care" and "Nursery".

2. INTRODUCCIÓN

Los cuidados paliativos son considerados como una de las principales preocupaciones del sector sanitario español en la actualidad. Desde los años noventa, el desarrollo de los cuidados y la atención prestada al final de la vida en el ámbito de Enfermería ha experimentado un crecimiento desmesurado en todo el territorio español, tanto en el control del dolor y de síntomas como en proporcionar sistemas de apoyo al paciente y familias. ⁽¹⁾

Los cuidados paliativos prestados por el equipo de Enfermería cobran una importancia vital en cuanto a mejorar la calidad de vida y asegurar el máximo grado de bienestar integral en el enfermo terminal. ^(1,2) Dichos cuidados enfermeros, según el profesor y diplomado en Enfermería José Siles, son entendidos como: "El producto de la reflexión sobre ideas, hechos y circunstancias relacionadas con el proceso de satisfacción de necesidades humanas y que garantizan la integridad y la armonía de todas las etapas que constituyen la vida". ⁽²⁾ La Organización Mundial de la Salud (en adelante se citará como OMS) sostiene que tales cuidados son dispensados a pacientes que padecen enfermedades incurables y con un pronóstico de vida inferior a seis meses. ⁽³⁾

El significativo aumento de las enfermedades crónico-degenerativas en España, explicado por un notable aumento de la esperanza de vida unido a un envejecimiento poblacional progresivo, evidencia la creciente demanda de dichos cuidados. ^(1,3) Varios expertos que asistieron al I Congreso de Economía Plateada sobre cuidados al final de la vida celebrado en Mérida, sostienen que más del 70% de la población española precisará de cuidados paliativos a consecuencia del sufrimiento de las fases finales de una enfermedad crónica. ⁽⁴⁾

En base al ostensible hecho de unos cuidados paliativos cada vez más necesarios, se debe considerar la alta susceptibilidad de interiorizar el sufrimiento ajeno por parte de Enfermería ante un contacto directo y continuado con el paciente, tal y como afirma la Guía de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (en adelante SECPAL). ⁽⁵⁾ Los cuidados prestados no se remontan únicamente al ámbito físico. El apoyo emocional cobra igual importancia para prestar una atención integral, siendo especialmente

significativo en los cuidados al final de la vida. Por esta razón, tal y como sostiene la teórica enfermera Jean Watson, "La empatía es la esencia de una enfermera", por lo que ésta resulta ser un valor ineludible en dicha profesión en cualquier ámbito asistencial. ⁽⁶⁾

La empatía facilita la comprensión de sentimientos y emociones ajenas, resultando imprescindible para brindar al paciente una atención integral de calidad. Sin embargo, un exceso o un manejo inadecuado de la misma puede volverse en contra del profesional, con riesgo de sufrir una sobrecarga emocional y acabar desarrollando el síndrome de "Desgaste por Empatía" (en adelante SDE), también denominado "Fatiga por Compasión" (en adelante FC). ^(6,7) Cronificado en el tiempo, repercute en todas las esferas de la vida, con afectación tanto en el ámbito personal como laboral. En consecuencia, genera una percepción de incapacidad para proporcionar cuidados de calidad, condicionando así un ostensible incremento del absentismo laboral. ⁽⁷⁾

La concepción del SDE ha ido variando a lo largo de los años en dependencia del contexto histórico. Su origen se remonta a 1971, cuando el psicólogo Charles Figley observó los sentimientos de culpa y remordimientos de conciencia que sufrieron las enfermeras que asistieron a los fallecidos en la guerra de Vietnam en los años sesenta del siglo XX. ⁽⁸⁾ En 1992, el término fue acuñado por la historiadora Carla Joinson para describir en una revista de Enfermería los efectos nocivos que sufrían las enfermeras ante la exposición continuada al sufrimiento y dolor de los pacientes. ^(7,8) La definición más actualizada del SDE fue aportada en 2012 por la psicóloga Pilar Acinas como: "La consecuencia natural predecible, tratable y prevenible resultante de la exposición con aquellos que sufren las consecuencias de eventos traumáticos". ^(8,9)

En base a las distintas aportaciones de los autores citados, la reexperimentación, la evitación o embotamiento afectivo y la hiperactivación son descritos como tres signos distintivos que caracterizan a aquellas personas que lo padecen. La reexperimentación se basa en el recuerdo constante de vivencias de elevada carga emocional. La evitación se entiende como un aislamiento social a nivel físico y afectivo y una excesiva implicación en el cuidado del enfermo. La hiperactivación consiste en una sensación de tensión recurrente y un estado de alerta constante. ⁽⁸⁻¹⁰⁾

El SDE resulta ser un trastorno polisintomático de gran variabilidad interindividual. A nivel conductual, el individuo puede presentar mayor susceptibilidad de consumir sustancias tóxicas, dificultad para prestar atención o disminución de la capacidad organizativa. Siendo tales capacidades imprescindibles para desempeñar la profesión sanitaria, acaba generando miedo e inseguridad en el desempeño profesional. ⁽¹⁰⁾ A nivel somático, desde cefaleas intensas y fatiga hasta debilidad muscular o taquicardias. En el ámbito social, se puede observar aislamiento y desconfianza hacia los demás por sentir que sus cuidados no están siendo valorados. ^(8,11)

Pese a que su desarrollo puede estar condicionado por múltiples factores, su prevalencia, tal y como describen los autores Bride, Radey y Figley (2007), es consecuencia de un desequilibrio entre "Fatiga por Compasión" y "Satisfacción por Compasión", ⁽⁸⁾ entendiéndose ésta última como el sentimiento de logro que se origina por la implicación en el cuidado de otra persona. Ésta requiere de la capacidad para el reconocimiento de límites y responsabilidades personales y es descrita como uno de los principales factores protectores de la "FC". ^(8,9)

A pesar de mostrar una correlación clínica con el "*Burnout*", conviene clarificar las diferencias entre ambos síndromes. El "*Burnout*" es ocasionado por estrés y demandas excesivas en el entorno laboral. ⁽¹²⁾ En cambio, el SDE se origina por un exceso de empatía con quien sufre, donde el afectado llega a sentirse emocionalmente exhausto. El actual nivel de estudios del SDE no es equiparable al del "*Burnout*", siendo necesario promover su investigación para disponer de una evidencia científica sobre la que sustentar medidas preventivas de efectos adversos derivados. ^(12,13)

En conformidad con la afirmación descrita anteriormente, resulta imprescindible promover la concienciación por parte de Enfermería sobre los problemas psicológicos que pueden surgir en la atención paliativa, así como fomentar su abordaje y prevención mediante la implantación de mecanismos o intervenciones debidamente fundamentadas. ⁽¹⁴⁾

2.1 JUSTIFICACIÓN DEL PLAN DE MEJORA

Considerando el SDE como un fenómeno de estudio relativamente reciente y conocimiento actualmente escaso, la detección del trastorno y la instauración de medidas de afrontamiento y prevención en Enfermería son todavía insuficientes, pese a su significativa prevalencia y a la trascendencia de sus múltiples repercusiones.

Valorando la labor enfermera, brindando apoyo y cuidado en los momentos más duros de la vida de una persona y, ante la falta de acciones preventivas frente al síndrome, resulta fundamental proponer un Plan de Mejora. Éste debe ir enfocado en un abordaje precoz en aras de prevenir su desarrollo. Igualmente, promover el mantenimiento de la salud del profesional, garantizando así una adecuada calidad asistencial en los cuidados que merecen recibir los pacientes los últimos días de su vida.

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

- Diseñar un Plan de Mejora para prevenir el síndrome de “Desgaste por Empatía” en diplomados o graduados en Enfermería que presten cuidados paliativos.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Promover la concienciación del trastorno y sus repercusiones biopsicosociales.
- Enseñar estrategias de afrontamiento adaptativas frente al duelo emocional.
- Favorecer la motivación y satisfacción profesional mediante el autocontrol y la gestión emocional.
- Establecer límites personales y adquirir habilidades comunicativas eficaces para lograr una relación terapéutica saludable.
- Favorecer la autoconciencia y la resolución de conflictos emocionales mediante la escritura reflexiva.
- Facilitar la comunicación interprofesional y desarrollar un clima de apoyo mutuo.

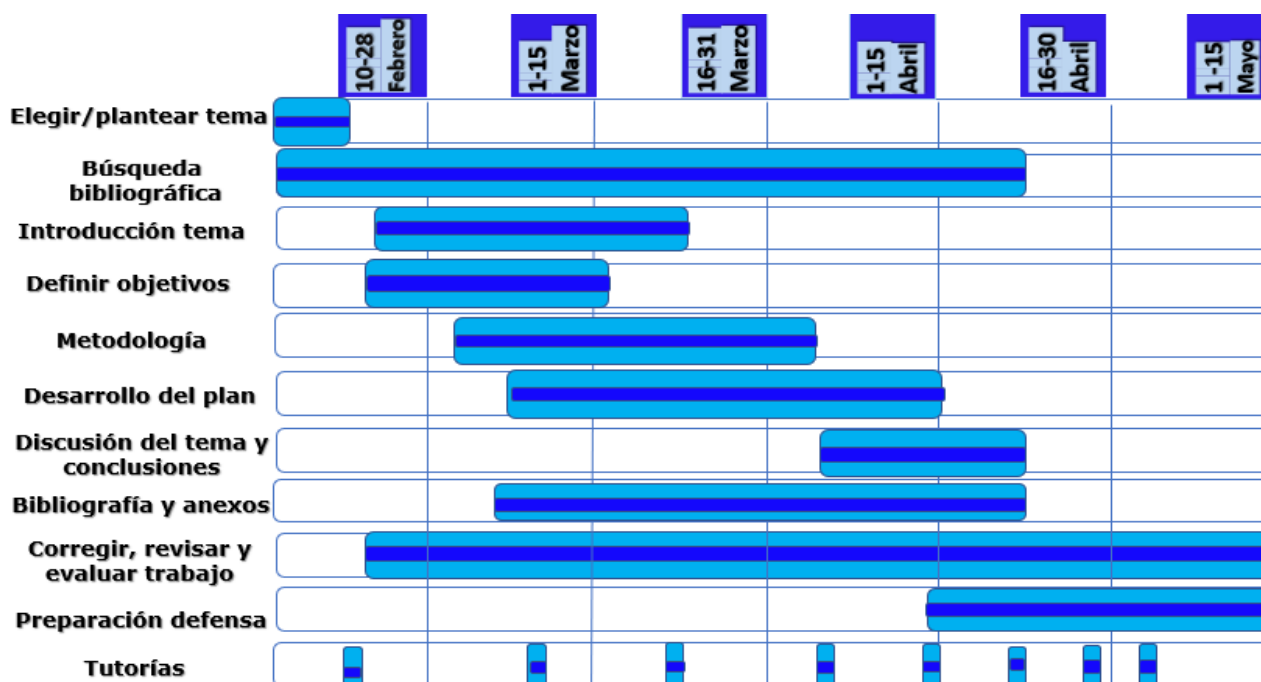
4. METODOLOGÍA

En este apartado se describirán detalladamente aquellos procedimientos aplicados de forma sistemática para llevar a cabo una minuciosa revisión bibliográfica que permita desarrollar el Plan de Mejora bajo el respaldo de la evidencia científica.

4.1 PLANIFICACIÓN DE TAREAS: CRONOGRAMA

El siguiente cronograma (Gráfico 1) refleja el tiempo invertido en cada una de las partes que componen el diseño del plan. Cabe destacar que la revisión y evaluación de dichas partes debe realizarse de forma continuada. Ello permite que la rectificación de errores y la modificación de aspectos a mejorar se lleve a cabo durante todo el proceso. Igualmente, muestra la distribución de las tutorías necesarias para la orientación del plan y preparación de su defensa.

Gráfico 1. Cronograma.



(Fuente: Elaboración propia)

4.2 BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

Con el fin de diseñar un plan bajo el respaldo de la mayor evidencia científica, se ha llevado a cabo una exhaustiva revisión bibliográfica mediante la utilización de un lenguaje controlado, empleando un tesoro especializado en base a descriptores en Ciencias de la Salud (DeCs): "Síndrome de Desgaste por Empatía", "Fatiga por compasión", "Prevención", "Cuidados Paliativos" y "Enfermería".

Se revisaron diversas bases de datos y revistas científicas, la guía de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL) y diferentes sitios web de sociedades u organismos oficiales (Tabla 1).

Debido a que la cantidad de fuentes de información existente sobre el tema en cuestión ha resultado ser escaso y con el fin de lograr una búsqueda lo más específica posible, han sido utilizados operadores booleanos inclusivos (OR), además de restrictivos (AND), y con un empleo mínimo de filtros para no acotar en exceso el número de resultados obtenidos. Los criterios de selección de los artículos fueron en base a la especificidad del tema, al número de citas recibidas o a la fecha de publicación más actual.

En la elaboración de las distintas tablas y gráficos que ilustran aquella información y procesos concernientes al diseño del plan, han sido utilizadas hojas de Word del programa informático Microsoft Office®.

Tabla 1. Bases de datos, revistas y páginas web.

BASES DE DATOS	ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA	FILTROS	ARTÍCULOS ENCONTRADOS	ARTÍCULOS REVISADOS	ARTÍCULOS UTILIZADOS
DIALNET	"Síndrome de Desgaste por Empatía" OR "Fatiga por compasión"		7	5	3
PUBMED (MeSH)		Acceso a texto completo	22	4	1
SCIENCE DIRECT (Elsevier)	"Cuidados Paliativos"	Área de Ciencias de la Salud	20	8	3
SCIELO		Publicado a partir de 2001	15	11	8
SCOPUS (Elsevier)	"Prevención"	Idioma inglés o español	2	2	0
CUIDEN PLUS	AND "Enfermería"		6	3	0
		TOTAL	72	33	15
PÁGINAS OFICIALES/ REVISTAS/GUÍAS			DIRECCIÓN WEB		
Organización Mundial de la Salud (OMS)			http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/		
Boletín Oficial del Estado (BOE)			https://www.boe.es/eli/es/l/1995/11/08/31		
Repositorio Universidad de Alicante			http://rua.ua.es/dspace/handle/10045/4938		
Repositorio Universidad de Gimbernat			http://eugdspace.eug.es/xmlui/		
NNNConsult Taxonomía NANDA/NIC/NOC			https://www-nnnconsult-com/		
I Congreso Economía Plateada			https://www.economiaplateada.org/		
Portal de Transparencia del Gobierno de Aragón			https://transparencia.aragon.es/content/retribuciones-0		
Revista Científica Digital NPunto			https://www.npunto.es/revista		
Revista Hospice & Palliative Nursing			https://journals.lww.com/jhpn/pages/default.aspx		
Revista Entrepreneur			https://www.entrepreneur.com/article/267011		
Guía Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL)			https://www.secpal.com/guia-cuidados-paliativos		

(Fuente: Elaboración propia)

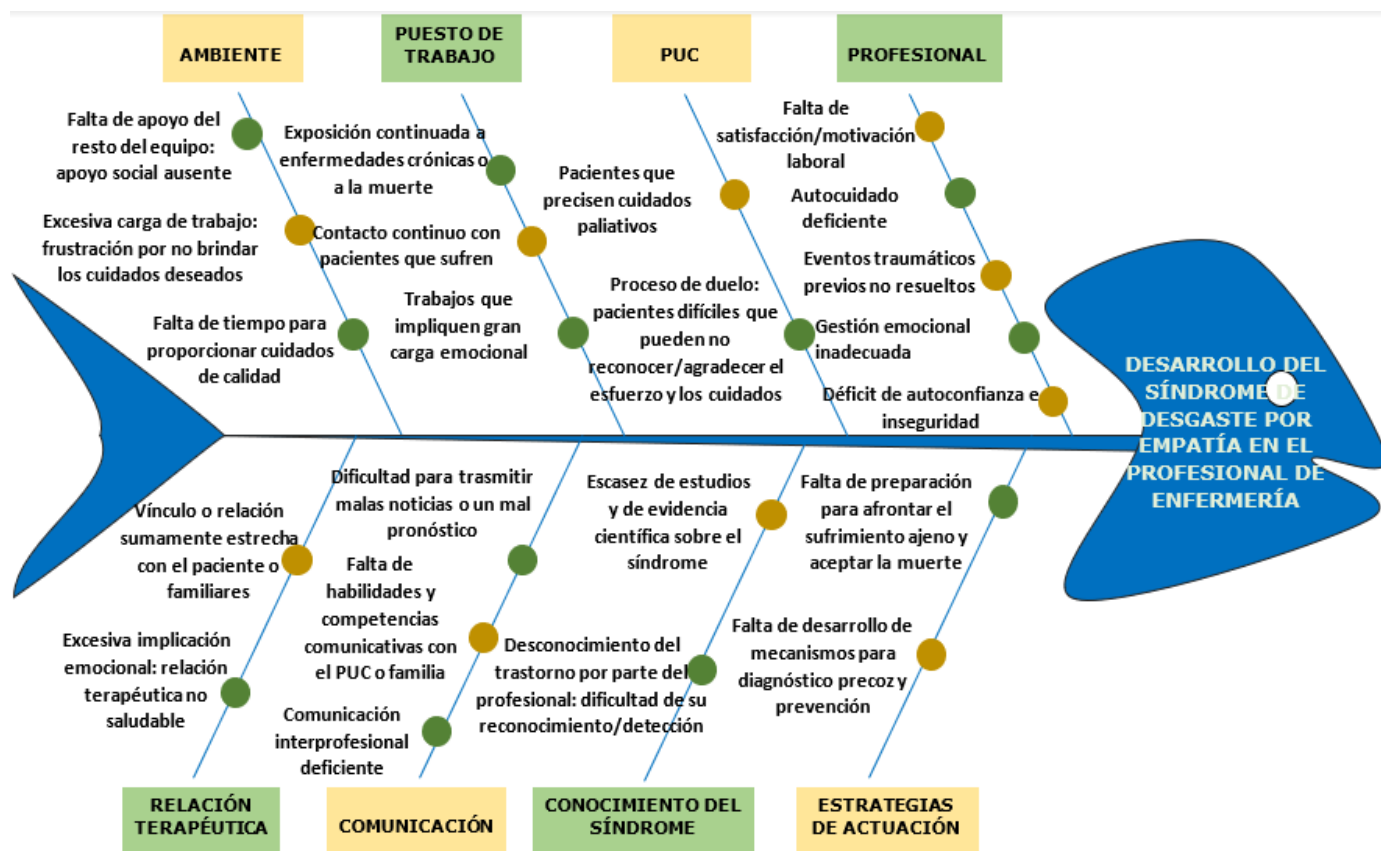
4.3 DIAGRAMA DE ISHIKAWA: RELACIÓN CAUSA-EFECTO

En primer lugar, es necesario conocer a fondo el problema analizando los posibles factores que conducen a él. Por ello, se ha realizado un diagrama de Ishikawa (Gráfico 2) que permitirá definir las causas potenciales, así como las causas menores y su interrelación. Esta herramienta de Gestión de Calidad será decisiva en la determinación de las áreas a mejorar y en la aplicación de acciones correctivas.

A la derecha se muestra el problema detectado, a partir del cual han sido clasificadas las ocho variables principales que giran en torno a él, reflejadas en el extremo superior e inferior. Cada una de las variables se ramifica en los distintos factores identificados como posibles causas que pueden conducir al desencadenamiento del problema.

Un minucioso análisis de dichas causas ha permitido determinar aquellos aspectos en los que se debe hacer mayor hincapié; a nivel personal trabajando la gestión emocional y el autocuidado y a nivel grupal favoreciendo el apoyo y la comunicación con el equipo de salud.

Gráfico 2. Diagrama de Ishikawa.



(Fuente: Elaboración propia)

4.4 DISEÑO DEL PLAN DE MEJORA

4.4.1 ÁMBITO DE APLICACIÓN

El ámbito de actuación del Plan de Mejora se delimitará a la Unidad de Cuidados Paliativos del Hospital San Juan de Dios (en adelante SJD), situado en el Paseo Colón de Zaragoza (Imagen 1), siendo éste el referente de la medicina paliativa en Aragón. La elección de dicho hospital reside en que cuenta con la Unidad de Cuidados Paliativos con mayor disponibilidad de camas de todo el territorio aragonés y dispone de una experiencia de treinta y dos años brindando asistencia hospitalaria y domiciliaria.

Imagen 1. Ubicación del Hospital San Juan de Dios.



(Fuente: <https://www.google.es/maps/@41.6340333,-0.8902221,474m/data=!3m1!1e3>)

4.4.2 POBLACIÓN DIANA

Irá dirigido a todos aquellos enfermeros/as diplomados o graduados que presten cuidados paliativos en la Unidad del Hospital SJD. Por la repercusión emocional que la prestación de dichos cuidados conlleva, se ha determinado que este colectivo podría beneficiarse de las propuestas y objetivos del plan.

Para conocer la plantilla de Enfermería a la que irá dirigido, ha sido necesario contactar con la responsable de Enfermería de la Unidad por vía telemática. La siguiente tabla muestra el número total de enfermeros/as que trabajan en la mencionada Unidad, así como el reparto por turnos del personal.

Tabla 2. Plantilla de Enfermería.

PERSONAL	TOTAL	MAÑANA/TARDE	NOCHE
ENFERMERÍA	11	4+ COORDINADORA / 4	2

(Fuente: Unidad de Supervisión de Enfermería de cuidados paliativos del SJD)

En cualquier caso, el plan es opcional, de manera que ningún enfermero/a será obligado a participar en las actividades propuestas, pudiendo elegir no participar en ninguna o sólo en alguna de ellas.

A continuación, se detallan los criterios aplicados para la selección del personal al que va dirigido:

Tabla 3. Criterios de selección de la población diana.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN
<ul style="list-style-type: none"> - Personal Diplomado o Graduado en Enfermería que trabaje en la Unidad de Cuidados Paliativos del Hospital SJD, ya sea en contrato fijo como temporal (incluida la coordinadora de la Unidad). - No se exigen un mínimo de años trabajando en la Unidad. - Enfermeros Internos Residentes (EIR) y estudiantes de Enfermería en prácticas (siempre y cuando su periodo de prácticas les permita asistir a la totalidad de las sesiones impartidas). 	<ul style="list-style-type: none"> - Personal sanitario y no sanitario que no disponga de un título de Diplomado o Graduado en Enfermería (médicos, MIR, TCAE, celadores, personal de limpieza...). - Enfermeros Internos Residentes (EIR) y estudiantes universitarios de Enfermería cuyo periodo de prácticas termine antes de finalizar la totalidad de las sesiones.

(Fuente: Elaboración propia)

4.4.3 ANÁLISIS DAFO

Previo a la realización del plan, resulta imprescindible conocer aquellos factores internos y externos que repercuten de forma positiva o negativa en el éxito del mismo. Los objetivos irán enfocados en corregir las debilidades y afrontar las amenazas que se puedan presentar. Al mismo tiempo, se hará uso de las fortalezas y se explotarán las oportunidades de mejora (Tabla 4). Por esta razón, el análisis DAFO (Gráfico 3) permitirá tomar decisiones estratégicas para orientar el camino a seguir y cumplir los objetivos propuestos.

Gráfico 3. Matriz DAFO.



(Fuente: Elaboración propia)

Tabla 4. Explicación de la matriz DAFO.

<p>AMENAZA: Hay que considerar los sentimientos de fracaso e inutilidad que pueden aflorar entre los enfermeros/as. Los cuidados al final de la vida pueden percibirse como carentes de sentido al no poder contribuir a la mejora del paciente, entrando en el conflicto "cuidar" vs "curar".</p>	<p>OPORTUNIDAD: El plan tendrá que ir orientado en aprovechar la oportunidad de valorar su labor, esfuerzo e implicación para que el profesional pueda proporcionar cuidados de calidad que permitan que la persona fallezca de la forma más digna posible. Ello refuerza su autoestima, su motivación y satisfacción laboral, aproximándose así al alcance de la "Satisfacción por Compasión".</p>
<p>AMENAZA: Debe entenderse que tanto el paciente como la familia se enfrentan ineludiblemente a un proceso de duelo ante la pérdida, por lo que el manejo de la situación puede resultar complicado.</p>	<p>OPORTUNIDAD: Se debe prestar atención al aprendizaje y adquisición de habilidades comunicativas para transmitir de forma adecuada aquellas noticias más complicadas a la familia y/o al enfermo.</p>

<p>DEBILIDAD: La dificultad para expresar emociones es uno de los principales factores que explican la sobrecarga emocional que puede sufrir el profesional.</p>	<p>OPORTUNIDAD: El apoyo mutuo a través de una mejora en la comunicación interprofesional puede ser una oportunidad de desahogo emocional, compartiendo el dolor e intercambiando experiencias.</p>
<p>DEBILIDAD: El cuidado diario del enfermo puede favorecer el sobrepasar los límites personales a la hora de establecer un vínculo terapéutico con el paciente, creando una relación de confianza excesiva con éste y sus familiares y dificultando así el afrontamiento de posibles adversidades o de la muerte.</p>	<p>OPORTUNIDAD: Hay que enseñar al profesional a establecer unos límites permitan crear una relación de ayuda y de confianza adecuadas para forjar un vínculo terapéutico saludable. Es decir, se debe delimitar un nivel de implicación afectiva que evite que un exceso de la misma pueda traducirse a medio-largo plazo en un significativo desgaste emocional.</p>
<p>AMENAZA: Habrá que potenciar el autocuidado del profesional para evitar que la falta de éste conlleve un detrimento de su salud y, en consecuencia, de la calidad asistencial.</p>	<p>OPORTUNIDAD: Se deberá concienciar de la necesidad de disponer de un tiempo de reflexión que le permita regular sus emociones y pensar en sí mismo.</p>
<p>FORTALEZA: Para que el plan tenga éxito, debe instaurarse en aquel ámbito en el que sea más necesario. Por ello, se ha tenido en cuenta una de las mayores fortalezas que es el disponer en la capital aragonesa de un hospital referente en cuidados paliativos, el cual pueda beneficiarse notablemente de las mejoras propuestas.</p>	<p>FORTALEZA: Un aspecto a favor a considerar es que el SDE puede ser prevenible y reversible. Por tanto, una de las líneas de acción del plan irá dirigida a la búsqueda de estrategias que mejoren la expresión y gestión emocional.</p>

(Fuente: Elaboración propia)

4.4.4 DECLARACIÓN DE INTERESES

La autora no declara presentar ningún conflicto de interés en la realización del trabajo de fin de grado.

5. DESARROLLO

5.1 TAXONOMÍA DIAGNÓSTICA NANDA

Previamente a la elaboración del plan fue necesaria la descripción de los principales problemas de salud de Enfermería de atención paliativa con el fin de servir como orientación para el desarrollo de las propuestas.

Tabla 5. Diagnósticos de Enfermería.

DIAGNÓSTICOS: NANDA	NOC: RESULTADOS	NIC: INTERVENCIONES
[00175] Sufrimiento moral r/c alteración emocional m/p control insuficiente sobre la situación.	[1309] Resiliencia personal [1205] Autoestima	[5290] Facilitar el duelo [5230] Mejorar el afrontamiento
[00251] Control emocional inestable r/c alteración de la autoestima m/p dificultad respecto a la expresión emocional.	[1204] Equilibrio emocional [2002] Bienestar personal	[1800] Ayuda con el autocuidado [5400] Potenciación de la autoestima [5390] Potenciación de la autoconciencia
[00153] Riesgo de baja autoestima situacional r/c patrón de impotencia y disminución del control sobre el entorno.	[1310] Resolución de la aflicción [1215] Conciencia de uno mismo	[4340] Entrenamiento de la asertividad [8340] Fomentar la resiliencia
[00069] Afrontamiento ineficaz r/c confianza inadecuada en la habilidad para manejar la situación m/p estrategias de afrontamiento ineficaces.	[1302] Afrontamiento de problemas [1309] Resiliencia personal	[5270] Apoyo emocional [5230] Mejorar el afrontamiento
[001561] Disposición para mejorar los conocimientos m/p expresa deseo de mejorar el aprendizaje.	[1209] Nivel de autocuidado [1209] Motivación	[5395] Mejora de la autoconfianza [5520] Facilitar el aprendizaje

(Fuente: elaboración propia a través de herramienta online NNNConsult)

Fueron descritos haciendo uso de la taxonomía diagnóstica enfermera NANDA ⁽¹⁵⁾ en base a los 11 patrones funcionales de Marjory Gordon, siendo el patrón 6 (cognitivo-perceptual), el 7 (autopercepción-autoconcepto) y el 10 (adaptación-tolerancia) los mayormente alterados (Tabla 5).

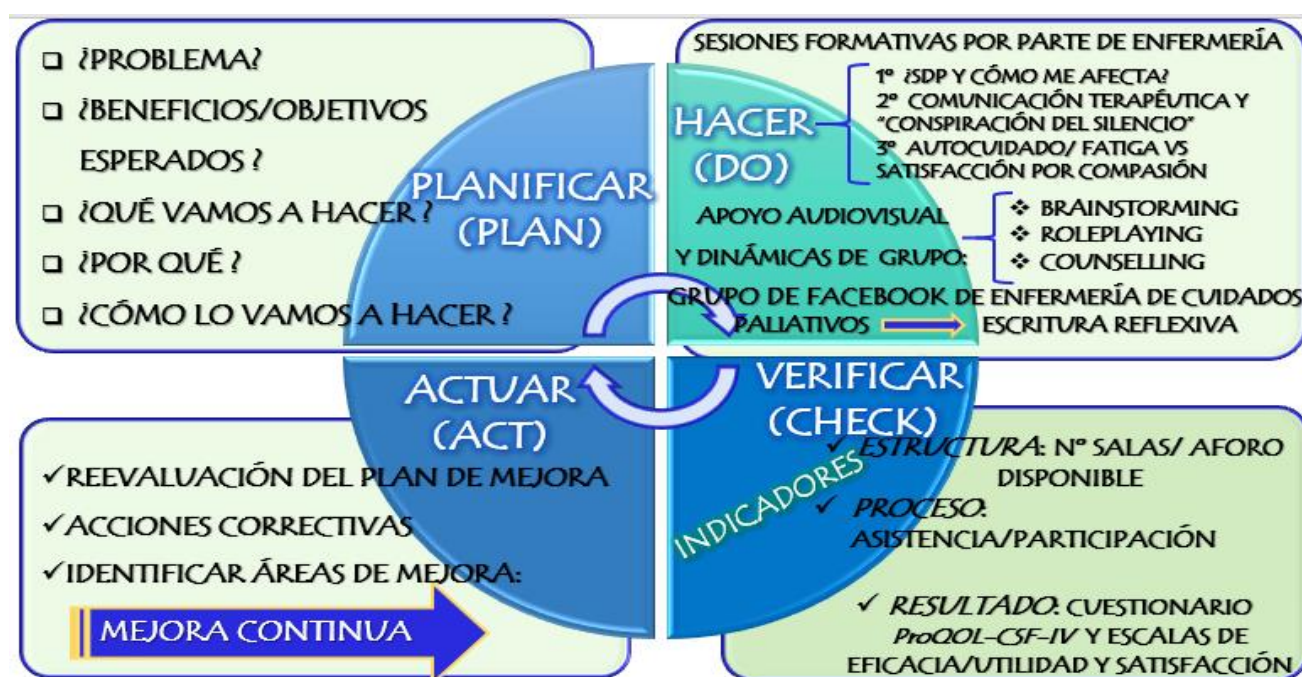
5.2 CICLO DE DEMING (CICLO PDCA)

El ciclo de Deming será determinante para que el plan esté basado en un proceso de mejora continua. La reevaluación continua de las cuatro fases que lo componen permite introducir mejoras dotando al plan de una mayor eficacia y calidad. Se potenciarán los puntos fuertes y se procederá a la corrección de aquellos fallos identificados mediante la búsqueda de soluciones alternativas.

En la primera fase (PLANIFICAR) se identificará el problema, se definirán los objetivos y se concretarán los recursos y métodos para alcanzarlos. En la segunda fase (HACER) se realizarán de forma controlada las actividades planificadas. En la tercera fase (VERIFICAR) se compararán los logros obtenidos con los objetivos establecidos a través de indicadores de calidad. En la cuarta fase (ACTUAR) se identificarán las áreas a mejorar para aplicar las medidas correctivas pertinentes y consolidar aquellas metodologías que hayan resultado eficaces.

Una vez finalizado el plan, si los objetivos se han cumplido de forma evidente y se han alcanzado los beneficios de forma exitosa, se podrá considerar su implementación definitiva en la Unidad de Cuidados Paliativos del SJD.

Gráfico 4. Ciclo de Deming adaptado al Plan de Mejora.



(Fuente: Elaboración propia)

5.3 PLANIFICAR (PLAN)

Tabla 6. Planificación del Plan de Mejora.

¿Cuál es el problema?
El riesgo que presenta el profesional de Enfermería de cuidados paliativos de desarrollar el SDE por la gran implicación emocional que tales cuidados conllevan.
¿Cuáles son los beneficios que se esperan conseguir?
Los beneficios van dirigidos a la promoción y mantenimiento de la salud del enfermero/a de forma integral, de tal manera que su calidad de vida y su eficacia como profesional no resulten afectadas.
¿Qué vamos a hacer?
La intención es abordar el problema de forma precoz, haciendo uso de uno de los recursos más valiosos y eficientes del sistema sanitario español; la prevención de la salud. Atajando el problema de raíz, se buscarán las medidas preventivas más eficaces según la evidencia científica disponible.
¿Por qué lo vamos a hacer?
Porque la protección de la salud de todo trabajador es un derecho, tal y como sostiene la Ley 59/2003 del 12 de diciembre, de Reforma del Marco Normativo de la Prevención de Riesgos Laborales. Ésta sostiene la necesidad de un adecuado diagnóstico y prevención de riesgos psicosociales para ofrecer un entorno laboral saludable. ⁽¹⁶⁾
¿Cómo se llevará a cabo la difusión del Plan de Mejora?
Se informará a todo el personal enfermero a través del correo corporativo, explicando detalladamente en qué consiste el plan y sus diferentes líneas de acción, así como el horario, lugar y un resumen del desarrollo de las sesiones (Anexos 2, 3 y 4). Igualmente, se les facilitará por correo las presentaciones y audiovisuales de las sesiones para que tengan a su disposición el temario trabajado. No obstante, se diseñarán pósteres divulgativos (Anexo 5) con el horario de las sesiones, los cuales serán colocados en los distintos tableros de anuncios del hospital.

(Fuente: Elaboración propia)

5.4 HACER (DO)

5.4.1 EVALUACIÓN PREVIA A LAS SESIONES

Se facilitará a todos los enfermeros/as antes de iniciar las sesiones el cuestionario más utilizado en España para medir tanto la Fatiga como la Satisfacción por Compasión: *Professional Quality Life Scale (ProQOL-CSF-IV)*. Dispone de treinta preguntas, haciendo uso de una escala tipo *Likert* (Anexo 1).

Se garantizará el anonimato de los resultados obtenidos. Servirá como orientación del nivel de partida de los trabajadores, determinando en qué medida o de qué manera se ven afectados por este trastorno. Igualmente, permitirá guiar el enfoque de las propuestas de mejora, pudiendo hacer mayor hincapié en trabajar ciertos aspectos.

Se repetirá seis y doce meses tras la aplicación del plan para valorar su efectividad en base al cumplimiento de objetivos y obtención de beneficios a largo plazo.

5.4.2 SESIONES FORMATIVAS DEL PLAN DE MEJORA

Se impartirán tres sesiones formativas en un aula u otro espacio físico amplio equivalente que cuente con recursos audiovisuales tales como ordenador y proyector con equipo de audio que tenga a disposición el hospital.

La implementación del plan comenzará en el mes de octubre de 2021, de forma que todos los profesionales ya se hayan reincorporado tras el periodo vacacional y la plantilla esté lo más completa posible.

Serán impartidas los días 25, 27 y 29 de octubre, tanto en horario de mañana como de tarde para facilitar la asistencia a todos los enfermeros/as de la Unidad, teniendo en cuenta la turnicidad laboral y, en consecuencia, su limitada disponibilidad horaria. La duración total de las sesiones será de 6 horas y 30 minutos. A través del correo corporativo se les enviará, previo a su realización, un resumen del desarrollo y contenido de las sesiones (Anexos 2, 3 y 4).

Estarán dirigidas por un enfermero/a especialista en Salud Mental y un enfermero/a con conocimientos y formación en habilidades emocionales y técnicas de comunicación en los cuidados al final de la vida. Este último será responsable de la gestión, organización y coordinación del plan.

Con el fin de que los asistentes se queden con las ideas clave, se resumirá cada sesión haciendo hincapié en dichas ideas y repitiendo los conceptos más importantes. Se favorecerá la escucha y participación activa mediante dinámicas de grupo.

Ante la situación actual de pandemia por la Covid-19 y con el fin de poder realizar las sesiones presenciales, se establecerán aquellas medidas preventivas pertinentes que eviten la propagación del virus y garantizar así una asistencia segura a las mismas.

En las tablas 7, 8 y 9 quedan detalladas la estructura, dinámicas y contenidos trabajados, horarios y duración de las sesiones:

Tabla 7. 1º Sesión: ¿Qué es el SDE y cómo me afecta?

HORARIO MAÑANA O TARDE	CONTENIDOS	TÉCNICAS Y DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES	PROFESIONAL SANITARIO Y DURACIÓN
M) 10:00h- 10:20h T) 17:00h- 17:20h	Presentación del Plan de Mejora	Explicación de la distribución del contenido de las sesiones y de los objetivos a alcanzar. Resolución de dudas.	Enfermero/a especialista en Salud Mental 20 minutos
M) 10:20h- 11:20h T) 17:20h- 18:20h	Síndrome de Desgaste por Empatía <ul style="list-style-type: none"> • Qué es • Colectivos vulnerables • Signos/síntomas • Factores/causas • Repercusiones Autoconciencia del síndrome Importancia de su prevención	-Contenido audiovisual: Síndrome de FC https://youtu.be/W3qd9cjlwhE -Reflexión grupal del video mediante la técnica "Brainstorming": dinámica de grupo. -Explicación del SDE mediante PowerPoint® y diagrama de Ishikawa.	Enfermero/a especialista en Salud Mental 60 minutos
M) 11:20h- 11:30h T) 18:20h- 18:30h	Resumen Dudas/cuestiones	-Repetición de los conceptos clave e ideas más importantes de la sesión. -Planteamiento y resolución de dudas.	10 minutos Total: 90 minutos

(Fuente: Elaboración propia)

Tabla 8. 2º Sesión: Comunicación terapéutica saludable. Borrar "CS".

HORARIO MAÑANA O TARDE	CONTENIDOS	TÉCNICAS Y DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES	PROFESIONAL SANITARIO Y DURACIÓN
M) 10:00h- 11:00h T) 17:00h- 18:00h	<p>Comunicación terapéutica saludable</p> <p>Comunicación no verbal y paraverbal</p> <p>Estilo de comunicación asertivo</p>	<p>-Mediante un <i>PowerPoint®</i> se trabajarán guías y pautas para establecer límites en la relación terapéutica.</p> <p>-Explicación de la comunicación no verbal y paraverbal: su uso e importancia en atención paliativa. Se plantearán ejemplos en grupo ("<i>Brainstorming</i>") de distintas situaciones indicando de qué manera pueden ayudar y ser eficaces en la comunicación terapéutica.</p> <p>-Adquisición de habilidades y técnicas de comunicación asertiva y su puesta en marcha mediante "<i>Roleplaying</i>": planteamiento y simulación de situaciones en las que aplicar la asertividad mediante esta dinámica de grupo.</p>	<p>Enfermero/a con conocimientos y formación en habilidades emocionales y técnicas de comunicación en los cuidados al final de la vida</p> <p>60 minutos</p>
M) 11:00h- 12:00h T) 18:00h- 19:00h	<p>"Conspiración del silencio" (CS)</p> <p>Comunicación de malas noticias: Método "<i>SPIKES</i>"</p> <p>Respuestas agresivas del PUC y/o familia o ideas paranoides</p>	<p>-Introducción del tema con un video: https://youtu.be/mowrIFMAI30</p> <p>-Propuesta de debate y reflexión grupal sobre estrategias de manejo de la CS.</p> <p>-Explicación de los seis pasos del protocolo "<i>SPIKES</i>" adaptado a los Cuidados Paliativos (ANEXO 9). Se usará como apoyo a la explicación un <i>PowerPoint®</i>.</p> <p>-Manejo de comportamientos agresivos o delirantes mediante "<i>Roleplaying</i>": planteamiento y simulación de situaciones conflictivas mediante dinámica de grupo.</p>	<p>Enfermero/a con conocimientos y formación en habilidades emocionales y técnicas de comunicación en los cuidados al final de la vida</p> <p>60 minutos</p>
M) 12:00h- 12:15h T) 19:00h- 19:15h	<p>Resumen</p> <p>Dudas/cuestiones</p>	<p>-Repetición de los conceptos clave e ideas más importantes de la sesión.</p> <p>-Planteamiento y resolución de dudas.</p>	<p>15 minutos</p> <p>Total: 135 minutos</p>

(Fuente: Elaboración propia)

Tabla 9. 3º Sesión: Cuida, pero sin descuidarte. "FC" VS "SC".

HORARIO MAÑANA O TARDE	CONTENIDOS	TÉCNICAS Y DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES	PROFESIONAL SANITARIO Y DURACIÓN
M) 10:00h- 11:00h T) 17:00h- 18:00h	<p>Estilos de afrontamiento VS Estrategias de afrontamiento</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evitación: pasivo/ Confrontación: activo • Estrategias adaptativas/ desadaptativas <p>El camino del "Coping" a la resiliencia: afrontamiento y superación del duelo emocional</p> <p>Autocontrol y regulación emocional</p>	<p>- Se explicará el concepto de "Coping" y se diferenciarán y enumerarán los diferentes estilos y estrategias para llevarlo a cabo. Mediante "Roleplaying" se plantearán situaciones en las que el profesional actúe de forma desadaptativa y a través de la participación grupal se propondrán estrategias de actuación adaptativas que las reemplacen.</p> <p>-Se trabajará el afrontamiento del duelo a la pérdida aplicando la terapia del "Counselling": el enfermero/a planteará distintas preguntas reflexivas que pueden plantearse tras la muerte del paciente. Los asistentes tendrán la oportunidad de participar y expresar sus sentimientos favoreciendo la comprensión mutua.</p>	<p>Enfermero/a especialista en Salud Mental</p> <p>60 minutos</p>
M) 11:00h- 12:00h T) 18:00h- 19:00h	<p>Empatía vs <i>Ecpatía</i>: cuida tu exceso de empatía</p> <p>"Ecpatía" no es Antipatía</p> <p>Modelo de "Perspicacia Empática" de Figley: "Fatiga por compasión" VS "Satisfacción por compasión":</p> <ul style="list-style-type: none"> • Factores protectores <p>-Afecto positivo</p> <p>-Autocuidado</p> <p>-Recursos sociales y de salud</p>	<p>-Se explicará el término "Ecpatía" diferenciándolo de la "Antipatía" a través de ejemplos y se enfatizará su importancia en la prevención de la sobrecarga emocional. Se usará como apoyo a la explicación un PowerPoint®</p> <p>-Se trabajará y explicará el modelo de "Perspicacia Empática" para prevenir la FC en favor de la SC. Se propondrá como actividad grupal la técnica "Brainstorming": tras la explicación de los 3 tipos de factores protectores de la FC (afecto, autocuidado y recursos), cada uno deberá pensar qué actividades y medios puede emplear para cumplirlos. Posteriormente, se pondrán en común todas las ideas favoreciendo el <i>feedback</i> del grupo.</p>	<p>Enfermero/a especialista en Salud Mental</p> <p>60 minutos</p>

M) 12:00h– 12:15h T) 19:00h– 19:15h	Dudas/cuestiones	<ul style="list-style-type: none"> - Repetición de los conceptos clave e ideas más importantes de la sesión. - Planteamiento y resolución de dudas. 	15 minutos
M) 12:15h– 12:45h T) 19:15h– 19:45h	<p>Grupo de Facebook de Enfermería de Cuidados Paliativos del Hospital SJD</p> <p>Dudas/cuestiones</p> <p>Despedida</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Se les informará sobre la otra línea de acción del plan. Se explicará el funcionamiento, cómo y quiénes podrán acceder, los beneficios y objetivos buscados y se les animará a la utilización de este recurso digital. - Resolución de dudas. - Finalmente, se procederá a la despedida. Se agradecerá la participación y asistencia y se animará a la puesta en práctica de todas las habilidades y estrategias adquiridas. 	<p>Enfermero/a formado en habilidades emocionales y técnicas de comunicación.</p> <p>30 minutos</p> <p>Total: 165 minutos</p>

(Fuente: Elaboración propia)

5.4.3 TERAPIA NARRATIVA DIGITAL DEL PLAN DE MEJORA

TERAPIA NARRATIVA DIGITAL MEDIANTE ESCRITURA REFLEXIVA “ESCUCHARSE, ENTENDERSE Y ATENDERSE PARA PODER AUTOCUIDARSE”

La segunda línea de actuación irá enfocada en prevenir la sobrecarga emocional y favorecer la expresión de sentimientos y vivencias personales por medio de la escritura reflexiva. La propuesta se basa en ofrecer una plataforma digital de experiencias mediante la creación de un grupo de Facebook conformado por los enfermeros/as de la Unidad.

Tabla 10. Explicación de la terapia narrativa.

<p>¿Cuáles son los propósitos?</p>
<p>Por un lado, permite al profesional “vaciar la mente” mediante el desahogo emocional y tomar distancia de los sentimientos de dolor y sufrimiento experimentados diariamente. Posibilita el dedicar un tiempo para sí mismo, favoreciendo la autorregulación emocional, tomar conciencia de lo sentido y el poder comprenderse uno mismo.</p> <p>Por otro lado, el formato digital supone un valor añadido puesto que facilita la comunicación interprofesional y fortalece la unión entre el equipo de salud. Los participantes del grupo pueden añadir comentarios u opiniones a las reflexiones o vivencias de otros profesionales, favoreciendo el <i>feedback</i> y el apoyo mutuo.</p> <p>La escritura reflexiva puede convertirse en una valiosa herramienta terapéutica de autoayuda en la protección frente al síndrome. Permite al profesional analizar bajo una perspectiva crítica las situaciones difíciles a las que se enfrenta diariamente. Favorece así el desarrollo del pensamiento crítico para gestionar eficazmente el alto impacto emocional que conllevan los cuidados paliativos y empoderarlos en su rol profesional, con la consiguiente mejora de la calidad asistencial.</p>
<p>¿Quiénes pueden acceder al grupo de Facebook?</p>
<p>Tienen acceso todos los enfermeros/as que trabajen en la Unidad de Cuidados Paliativos del SJD. En cualquier caso, formar parte del grupo será opcional. No obstante, se les recomendará y animará a su participación, explicándoles el propósito y los beneficios que pueden obtener.</p>
<p>¿Cuándo y cómo se puede acceder?</p>
<p>Este recurso digital estará disponible una vez hayan finalizado todas las sesiones formativas, con el objetivo de que puedan poner en práctica los conocimientos de autocontrol y gestión emocional trabajados en las sesiones.</p> <p>El grupo de Facebook será creado como secreto. Sólo sus miembros podrán conocer su existencia, quiénes conforman el grupo y visualizar todo lo que se publica, permaneciendo invisible a usuarios de Facebook ajenos al mismo. Por otro lado, al ser un grupo de carácter privado, únicamente los integrantes podrán compartir publicaciones en el muro o aportar comentarios o sugerencias. De esta manera, se pretende conservar la confidencialidad del grupo y garantizar que la información compartida solo es conocida por los integrantes del mismo.</p> <p>Al final de la tercera sesión formativa se dedicarán treinta minutos para informarles de esta propuesta y se les explicará detalladamente el funcionamiento, la privacidad del grupo y el modo de acceder al recurso para aquellos que no estén familiarizados con esta red social, así como los objetivos y beneficios esperados.</p>

(Fuente: Elaboración propia)

5.5 VERIFICAR (CHECK)

5.5.1 EVALUACIÓN ECONÓMICA: RECURSOS Y PRESUPUESTO

Con el objetivo de medir la eficiencia de la inversión aplicada en el plan será necesario evaluar los gastos del personal cualificado, infraestructura y recursos materiales necesarios para su implementación.

Igualmente, debe considerarse el costo de oportunidad, es decir, aquello a lo que los profesionales de Enfermería renuncian por participar en el plan. Tanto el asistir como el impartir las sesiones requiere de una inversión de parte de su tiempo, por lo que tendrán que valorar los beneficios que pueden obtener de dichas sesiones. En función de ello, deberán tomar la decisión de reorganizar su horario y sacrificar su deber u otros cometidos en aras de la impartición o adquisición de una formación profesional.

En las tablas 11, 12 y 13 se detallan los distintos recursos empleados con su respectivo presupuesto:

Tabla 11. Presupuesto de recursos humanos.

RECURSOS HUMANOS	PRECIO/HORA (BRUTO)	HORAS TRABAJADAS	COSTE TOTAL
Enfermero/a de Salud Mental	30 €	3h 45 min	112,5 €
(*) Enfermero/a formado en habilidades emocionales y técnicas de comunicación	30 €	2h 45 min	82,5 €
	TOTAL	6 h 30 min	195 €

(Fuente: https://transparencia.aragon.es/sites/default/files/documents/tablas_retribuciones_salud_2020.pdf)

(*) Al enfermero/a encargado de la gestión se le abonarán las horas que invierta en la organización del plan y en la creación y administración del grupo de Facebook, así como en la recopilación y análisis de datos del cuestionario y escalas.

Tabla 12. Presupuesto de recursos materiales e infraestructura.

RECURSOS ESPACIALES Y MATERIALES	PRECIO UNIDAD	CANTIDAD	COSTE TOTAL
*Aula / Sala	0 €	1	0 €
*Asientos	0 €	14	0 €
*Ordenador	0 €	1	0 €
*Proyector	0 €	1	0 €
*Altavoces	0 €	2	0 €
Presentación PowerPoint®	0 €	4	0 €
Bolígrafos	0,40 €	14	5,60 €
Gel hidroalcohólico	4,50 €	2	9 €
* Creación grupo de Facebook	—	—	0 €
		TOTAL	14,60 €

(Fuente: Elaboración propia)

(*) El aula junto con el resto de materiales serán cedidos por el hospital a modo de préstamo para la impartición de las sesiones. No obstante, debe considerarse el costo de oportunidad del aula ante el hecho de que tal espacio físico deja de emplearse con otros fines para los que fuese destinado. Por otro lado, al ser Facebook una red social gratuita, la creación del grupo no supone gasto alguno.

Tabla 13. Presupuesto de la reprografía.

REPROGRAFÍA	PRECIO UNIDAD	CANTIDAD	COSTE TOTAL
Cuestionario ProQOL-CSF-IV (blanco y negro)	0,02 €	20	0,40 €
Hoja de control de asistencia/participación (a color)	0,06 €	3	0,18 €
Encuesta de eficacia/utilidad (a color)	0,06 €	20	1,20 €
Encuesta de satisfacción (a color)	0,06 €	20	1,20 €
Póster divulgativo de las sesiones	2,50 €	5	12,50 €
	TOTAL	68	15,48 €

(Fuente: Elaboración propia)

Considerando gastos de personal, de material e infraestructura y de reprografía, el Plan de Mejora supone un **coste total** de **225,08 €**.

5.5.2 INDICADORES DE CALIDAD

Con el fin de identificar las áreas de mejora, resulta necesario establecer un sistema de control y evaluación mediante el uso de indicadores de calidad (Tablas 14-19) que permitan medir la efectividad del plan.

5.5.2.1 INDICADORES DE ESTRUCTURA

Tabla 14. Indicador de estructura I.

PARÁMETROS	INDICADOR DE ESTRUCTURA I
INDICADOR	Disponibilidad de un espacio físico amplio y apropiado para impartir las sesiones formativas que disponga de proyector y ordenador, ofrecido por el Hospital San Juan de Dios.
DIMENSIÓN	Disponibilidad
DESCRIPCIÓN	-Numerador: Nº de aulas/salas con proyector en el Hospital SJD. -Denominador: Nº total de salas en el Hospital SJD. -Periodo de tiempo: durante la duración de las sesiones.
ACLARACIÓN DE TÉRMINOS	Se preguntará a la dirección del hospital acerca de la disponibilidad de un espacio físico acondicionado para la realización de las sesiones.
JUSTIFICACIÓN	Resulta fundamental conocer la disponibilidad de un espacio físico con proyector ya que es imprescindible para la impartición de las sesiones. Lo más indicado sería un aula lo suficientemente espaciosa para permitir la asistencia de todos los profesionales en cada turno.
RESPONSABLE DE RECOGIDA	El enfermero/a encargado de la gestión, coordinación y organización de las sesiones.
FRECUENCIA DE RECOGIDA	Se realizará al inicio del Plan de Mejora.
TIPO DE INDICADOR	Indicador de estructura.
FUENTE	El enfermero/a encargado de la gestión y organización del Plan de Mejora se encargará de la evaluación y selección del aula/sala, valorando si el espacio físico resulta apropiado y se adapta adecuadamente a las necesidades del plan.
ESTÁNDAR	Disponer de al menos un aula en el hospital con los recursos audiovisuales requeridos para las sesiones.

(Fuente: Elaboración propia)

Tabla 15. Indicador de estructura II.

PARÁMETROS	INDICADOR DE ESTRUCTURA II
INDICADOR	Cuantificar el aforo del aula/sala proporcionada por el Hospital SJD.
DIMENSIÓN	Disponibilidad
DESCRIPCIÓN	-Numerador: N° de asientos ocupados en el aula por los asistentes. -Denominador: N° total de asientos disponibles en el aula. -Periodo de tiempo: durante la duración de las sesiones.
ACLARACIÓN DE TÉRMINOS	Se procederá a un recuento del n° de asientos del aula selecciona una vez se tenga el permiso para realizar el plan. Lo más indicado sería un aula lo suficientemente amplia para posibilitar la asistencia de todos los profesionales de cada turno (mañana o tarde) sin necesidad de dividirlos en grupos más reducidos.
JUSTIFICACIÓN	Resulta fundamental disponer del mayor n° de asientos posibles debido a la elevada participación esperada por parte de los enfermeros/as de la Unidad de Cuidados Paliativos.
RESPONSABLE DE RECOGIDA	El enfermero/a encargado de la gestión, coordinación y organización de las sesiones.
FRECUENCIA DE RECOGIDA	Se realizará al inicio del Plan de Mejora.
TIPO DE INDICADOR	Indicador de estructura.
FUENTE	El enfermero/a encargado de la gestión y organización del Plan de Mejora se encargará de la evaluación y selección del aula/sala valorando si el espacio físico dispone de un aforo suficiente, resulta apropiado y asegura una mayor comodidad a los asistentes.
ESTÁNDAR	El 80% de los asientos del aula deberían estar ocupados.

5.5.2.2 INDICADOR DE PROCESO

Tabla 16. Indicador de proceso.

PARÁMETROS	INDICADOR DE PROCESO
INDICADOR	N° de profesionales de Enfermería de la Unidad que asisten a las sesiones formativas.
DIMENSIÓN	Asistencia
DESCRIPCIÓN	-Numerador: N° de enfermeros/as que asisten a cada una de las sesiones. -Denominador: N° total de enfermeros/as de la Unidad. -Periodo de tiempo: al finalizar cada una de las sesiones.
ACLARACIÓN DE TÉRMINOS	Se insistirá en la relevancia de la asistencia a las sesiones para adquirir una formación pertinente en la prevención del síndrome. En cualquier caso, la asistencia será voluntaria, aunque se recomendará y animará a los enfermeros/as a su participación.
JUSTIFICACIÓN	Este indicador resulta fundamental para medir las actitudes y el interés mostrado por los profesionales, así como la importancia que éstos otorguen al tema en cuestión.
RESPONSABLE DE RECOGIDA	El enfermero/a que haya impartido la sesión.
FRECUENCIA DE RECOGIDA	Se realizará al finalizar cada una de las sesiones.
TIPO DE INDICADOR	Indicador de proceso.
FUENTE	El enfermero/a que haya impartido la sesión se encargará de rellenar una hoja al final de la misma registrando la asistencia, actitud y participación de los profesionales. (ANEXO6)
ESTÁNDAR	Se espera al menos un 80% de asistencia a las sesiones por parte de los profesionales de Enfermería.

(Fuente: Elaboración propia)

5.5.2.3 INDICADORES DE RESULTADO

Tabla 17. Indicador de resultado I.

PARÁMETROS	INDICADOR DE RESULTADO I
INDICADOR	Grado de bienestar y satisfacción en el trabajo de los profesionales de Enfermería de la Unidad.
DIMENSIÓN	Calidad de vida profesional
DESCRIPCIÓN	-Numerador: nivel de afectación o riesgo de desarrollar el síndrome de "Fatiga por Compasión" entre el profesional de Enfermería al inicio del Plan de Mejora. -Denominador: nivel de afectación o riesgo de desarrollar el síndrome de "Fatiga por Compasión" entre el profesional de Enfermería meses después de la aplicación del Plan de Mejora. -Periodo de tiempo: al inicio de las sesiones y seis y doce meses después de la realización de las mismas.
ACLARACIÓN DE TÉRMINOS	Se valorará la calidad de vida laboral del personal de forma anónima para conocer el grado de satisfacción laboral o, en contraposición, el nivel de afectación o riesgo de desarrollar el síndrome de "Fatiga por Compasión" entre los profesionales de Enfermería de la Unidad.
JUSTIFICACIÓN	Este indicador será clave para poder valorar si el plan ha resultado exitoso a largo plazo y ha cumplido su objetivo fundamental: prevenir el desarrollo del trastorno en un colectivo tan vulnerable como es el profesional de Enfermería de atención paliativa.
RESPONSABLE DE RECOGIDA	El enfermero/a encargado de la gestión, coordinación y organización de las sesiones.
FRECUENCIA DE RECOGIDA	Se realizará antes del inicio de las sesiones y tras seis y doce meses de la impartición de las mismas.
TIPO DE INDICADOR	Indicador de resultado.
FUENTE	El enfermero/a responsable de la gestión y organización de las sesiones se encargará de proporcionar el cuestionario <i>ProQOL-CSF-IV</i> a los profesionales y de su evaluación antes de realizar las sesiones y seis y doce meses después de las mismas. (ANEXO 1)
ESTÁNDAR	Se espera que en al menos un 75% de los profesionales de Enfermería se reduzca el riesgo de desarrollar FC.

Tabla 18. Indicador de resultado II.

PARÁMETROS	INDICADOR DE RESULTADO II
INDICADOR	Grado de eficacia y utilidad de las sesiones para los profesionales de Enfermería de la Unidad.
DIMENSIÓN	Eficacia
DESCRIPCIÓN	-Numerador: Nº de enfermeros/as a los que les han resultado útiles y eficaces las sesiones. -Denominador: Nº total de enfermeros/as que han asistido a las sesiones. -Periodo de tiempo: al finalizar la totalidad de las sesiones.
ACLARACIÓN DE TÉRMINOS	Se entregará una encuesta a cada uno de los asistentes que deberá ser realizada para conocer el grado de utilidad y eficacia de las sesiones. (ANEXO 7) Si tras la valoración de las respuestas de cada encuesta, los resultados obtenidos a nivel general son satisfactorios, las sesiones habrán resultado útiles y efectivas para los profesionales.
JUSTIFICACIÓN	Este indicador resulta fundamental para medir la efectividad de las sesiones impartidas para lograr el objetivo preventivo y mejorar la calidad de vida y satisfacción profesional.
RESPONSABLE DE RECOGIDA	El enfermero/a encargado de la gestión, coordinación y organización de las sesiones.
FRECUENCIA DE RECOGIDA	Se realizará al finalizar la totalidad de las sesiones.
TIPO DE INDICADOR	Indicador de resultado.
FUENTE	El enfermero/a responsable de la gestión y organización de las sesiones repartirá una encuesta de eficacia y utilidad al finalizar todas las sesiones a los profesionales de Enfermería que hayan asistido a ellas. (ANEXO 7)
ESTÁNDAR	Se espera que las sesiones hayan resultado útiles y eficaces al menos para un 75% de los profesionales de Enfermería.

(Fuente: Elaboración propia)

Tabla 19. Indicador de resultado III.

PARÁMETROS		INDICADOR DE RESULTADO III
INDICADOR		Grado de satisfacción de los profesionales de Enfermería con respecto a las sesiones formativas una vez finalizadas.
DIMENSIÓN		Satisfacción
DESCRIPCIÓN		-Numerador: Nº de enfermeros/as satisfechos con las sesiones formativas impartidas. -Denominador: Nº total de enfermeros/as que han asistido las sesiones. -Periodo de tiempo: al finalizar la totalidad de las sesiones.
ACLARACIÓN DE TÉRMINOS		Con el objetivo de medir el grado de satisfacción de los profesionales, se les proporcionará una encuesta al finalizar todas las sesiones en la que podrán valorar la calidad de la formación.
JUSTIFICACIÓN		Conocer si las sesiones han resultado satisfactorias es de suma importancia puesto que dicha información determinará si la calidad formativa ha sido suficiente para reportar los beneficios esperados o resulta necesario instaurar nuevas mejoras para lograrlos.
RESPONSABLE DE RECOGIDA		El enfermero/a encargado de la gestión, coordinación y organización de las sesiones.
FRECUENCIA DE RECOGIDA		Se realizará al finalizar la totalidad de las sesiones.
TIPO DE INDICADOR		Indicador de resultado.
FUENTE		El enfermero/a responsable de la gestión y organización de las sesiones repartirá una encuesta de satisfacción al finalizar todas las sesiones a los profesionales de Enfermería que hayan asistido. (ANEXO 8)
ESTÁNDAR		Se espera un grado de satisfacción superior al 90% por parte de los profesionales de Enfermería.

(Fuente: Elaboración propia)

6. DISCUSIÓN

La planificación y selección de actividades propuestas ha sido llevada a cabo bajo el respaldo de la evidencia científica disponible sobre la materia en cuestión para aumentar las probabilidades de su éxito.

A través de una revisión de la literatura científica se han analizado diferentes estudios que evidencian la necesidad de implantar el plan. Según un estudio realizado por los profesores universitarios Abendroth y Flannery (2006), en torno a un 80 % de los enfermeros/as de atención paliativa presentaban un riesgo moderado-alto de desarrollar el SDE. ⁽¹⁷⁾

El dato ofrecido por el anterior estudio cobra mayor importancia al considerar las múltiples repercusiones que conlleva el síndrome para dichos profesionales. Tal y como sostiene el investigador Sevilla Casado et al. (2012), "El desgaste emocional de los profesionales puede influir en la calidad de los cuidados, provocar una disminución de la productividad y aumentar el número de bajas laborales". ⁽¹⁸⁾

A la hora de llevar a cabo un abordaje preventivo precoz, se requiere de un análisis minucioso de aquellas metodologías que hayan demostrado ser efectivas. A través de un estudio cualitativo elaborado por el profesor universitario Gallagher et al. (2014) destaca que el 75% de los enfermeros/as de la muestra afirmaba que la formación en áreas comunicativas y asistencia paliativa les había resultado de gran utilidad para su desempeño profesional. ⁽¹⁹⁾ Sin embargo, estudios adicionales señalan que el porcentaje de enfermeros/as carentes de formación en habilidades preventivas es significativamente elevado (45%). ^(8,19)

Los datos anteriormente citados evidencian la necesidad de diseñar estrategias de actuación, las cuales han resultado ser insuficientes hasta la fecha actual. No obstante, se debe tener en cuenta que no todas las estrategias resultan igual de eficaces, por lo que se deberá considerar aquellas con mayor nivel de evidencia científica.

La psicóloga Arranz et al. (2003) enfatizan el aprendizaje de estrategias de autorregulación emocional como son el "*Counselling*" y el entrenamiento en comunicación asertiva. ⁽²⁰⁾ En base a un estudio comparativo de la eficacia del "*Counselling*" en el Hospital General Universitario de Valencia, éste demostró mejorar las variables bienestar emocional, calidad de vida y satisfacción profesional, aunque con menor efectividad demostrada en la variable depresión. ⁽²¹⁾ Por otro lado, el psicoterapeuta Villacieros et al. (2017) defienden el "*Roleplaying*" como una de las técnicas más adecuadas para potenciar la autoestima a través del entrenamiento de habilidades asertivas. ⁽²²⁾

Considerando la comunicación de malos pronósticos como uno de los conflictos que atañen a Enfermería de cuidados paliativos, la aplicación de las seis fases del protocolo *SPIKES* (Anexo 9) se considera uno de los métodos más estandarizados en la comunicación de malas noticias, llegando a alcanzar un 85% de satisfacción profesional en el proceso informativo según el trabajo publicado por el psicólogo Villarroel et al. (2019). ⁽²³⁾

Otro aspecto a considerar es el ocultamiento de la verdad al paciente; una estrategia desadaptativa que los profesionales tienden a adoptar para evitar el conflicto comunicativo. Los beneficios psicológicos de evitar la "Conspiración del Silencio" han sido demostrados para el paciente y el profesional a través de numerosos estudios. En cualquier caso, todo paciente posee pleno derecho legal de recibir información sobre su proceso de enfermedad. De esta manera, la satisfacción profesional se verá mayormente favorecida al saber que el principio de autonomía, así como el resto de derechos éticos del paciente están siendo respetados. ^(22,23)

Por otro lado, según el doctor Benito et al. (2011), la escritura reflexiva es uno de los métodos más útiles para incrementar la autoconciencia. Dispone de datos empíricos que apoyan su eficacia, siendo una de las líneas de actuación que componen el Plan de Mejora. ⁽²⁴⁾ Se pretende a través de esta terapia narrativa de reflexión y liberación de sentimientos alcanzar un equilibrio emocional que permita abrir un camino hacia al autocuidado. Y es que tal y como afirma la escritora Maya Angelou: "No hay agonía más grande que quedarte con una historia sin contar guardada". ⁽²⁵⁾

7. CONCLUSIONES

- 1.** Resulta recomendable promover la concienciación por parte de Enfermería del riesgo de desarrollar el SDE, así como de sus múltiples repercusiones biopsicosociales.
- 2.** El Plan de Mejora propone un abordaje holístico basado en actividades respaldadas bajo la evidencia científica: la formación de habilidades de afrontamiento y de comunicación asertiva, la promoción del autocuidado y el apoyo mutuo a través de la comunicación interprofesional.
- 3.** Las estrategias de abordaje más eficaces son aquellas que previenen la sobrecarga emocional, siendo el “*Counselling*” la técnica que ha mostrado mayor efectividad en la autorregulación emocional y resolución de conflictos internos.
- 4.** La escritura reflexiva permite desarrollar el pensamiento crítico y cultivar el equilibrio emocional a través de la autoconciencia y el autocuidado, los cuales facilitan el poder escucharse y entenderse en un contexto de sobrecarga emocional y sufrimiento ajeno.
- 5.** Esta propuesta de mejora podría considerarse una oportunidad para implantar un plan de prevención eficaz contra el SDE en el colectivo de Enfermería de atención paliativa.
- 6.** El fenómeno del SDE requiere de una mayor investigación para disponer de una evidencia científica sobre la que sustentar medidas de promoción de salud y prevención en profesionales de Enfermería que prestan cuidados paliativos.

8. BIBLIOGRAFÍA

1. Loncán P, Gisbert A, Fernández C, Valentín R, Teixidó A, Vidaurreta R, et al. Cuidados paliativos y medicina intensiva en la atención al final de la vida del siglo XXI. Anales Sis San Navarra [Internet]. 2007 [citado 10 de febrero 2021]; 30(3): 113-128. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272007000600009&lng=es.
2. Siles J, Cibanal L, Vizcaya MF, Gabaldón M. Una mirada a la situación científica de dos especialidades esenciales de la enfermería contemporánea. Rev Cult Cuid [Internet]. 2001 [citado 10 de febrero 2021];2(10):72-87. Disponible en: <http://rua.ua.es/dspace/handle/10045/4938>
3. Organización Mundial de la Salud. WHO definition of palliative care [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2011 [citado 10 de febrero 2021]. Disponible en: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>
4. García S. I Congreso Economía Plateada [Internet]. Mérida; 2020 [citado 10 de febrero 2021]. Disponible en: <https://www.economiaplateada.org/sala-de-prensa/mas-del-70-de-la-poblacion-pasara-por-un-proceso-de-enfermedad-avanzada-que-requerira-de-cuidados-paliativos/>
5. Sociedad Española de Cuidados Paliativos SECPAL. Guía de Cuidados Paliativos [Internet]. España; 2014 [citado 14 de febrero 2021]. Disponible en: <https://www.secpal.com/guia-cuidados-paliativos-1>
6. Izquierdo E. Enfermería: Teoría de Jean Watson y la inteligencia emocional, una visión humana. Rev Cubana Enfermer [Internet]. 2015 Sep [citado 20 de febrero 2021]; 31(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192015000300006&lng=es
7. Infante I, Moret A, Curbelo I. Satisfacción del personal de enfermería en servicios de oncología. Rev. Cubana Salud Pública [Internet]. 2013 [citado 20 de febrero 2021]; 33(3): 1-15. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v33n3/spu11307.pdf>
8. Fernández CM. Fatiga por compasión entre el personal de enfermería en los cuidados al final de la vida. NPunto [Internet]. 2019 [citado 20 de febrero 2021];2(21):49-69. Disponible en: <https://www.npunto.es/content/src/pdf-articulo/5e00ad1173fe5NPvolumen21-49-69.pdf>
9. Hooper C, Craig J, Janvrin DR, Wetsel MA, Reimels E. Compassion satisfaction, burnout, and compassion fatigue among emergency nurses compared with nurses in other selected inpatient specialties. J Emerg Nurs. [Internet].2010 Sep [citado 20 de febrero 2021]; 36(5):420-427. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20837210/>

10. Yanes M, Pazitková T, Chio I. Presencia de la bioética en los cuidados paliativos. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2010 [citado 26 de febrero 2021]; 26(2): 330-337. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v26n2/mgi13210.pdf>
11. Borges E, Fonseca C, Campos P, Leite C, Baldonado M, Mosteiro MP. Fatiga por compasión en enfermeros de un servicio hospitalario de urgencias y emergencias de adultos. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. 2019 [citado 26 de febrero 2021]; 27: e3175. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692019000100360&lng=es
12. Ortega C, López F. El burnout o síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: revisión y perspectivas1. Int J Clin Heal Psychol [Internet]. 2004 [citado 26 de febrero 2021];4(1):137-160. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=795272>
13. Marín-Tejeda M. Prevención de burnout y fatiga por compasión: evaluación de una intervención grupal. J Behav Heal Soc Issues [Internet]. 2017 [citado 27 de febrero 2021];9(2):117-123. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2007078018300129>
14. Grupo de Espiritualidad de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL). Los cuidados espirituales, entraña de los cuidados paliativos: Spiritual care, the heart of palliative care. Med Paliativa [Internet]. 2011 [citado 27 de febrero 2021];18(1):1-3. Disponible en: www.elsevier.es/medicinapaliativa
15. NNNConsult [Internet]. Barcelona: Elsevier [actualizado 2015; citado 8 de marzo 2021]. Disponible en: <https://www-nnnconsult-com/>
16. Ley 59/2003, de 12 de diciembre, de Reforma del Marco Normativo de la Prevención de Riesgos Laborales [Internet]. Boletín Oficial del Estado, de 13 de diciembre de 2003, núm. 298, 44408 a 44415 [citado 9 de marzo 2021]. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/l/1995/11/08/31>
17. Abendroth A, Flannery J. Predicting the risk of compassion fatigue: A study of hospice nurses. J Hosp Palliat Nurs [Internet]. 2015 [citado 15 de abril 2021];8(6):346-356. Disponible en: https://journals.lww.com/jhpn/Abstract/2006/11000/Predicting_the_Risk_of_Compassion_Fatigue_A_Study.7.aspx
18. Sevilla M, Ferre C, Tahta M. Enfermería y la ansiedad ante la muerte: ámbito asistencial y experiencia en acompañamiento. Rev Enferm [Internet]. 2012 [citado 15 de abril 2021]; 35(10): 52-57. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4031372>

19. Simón C. El impacto emocional de la muerte de los pacientes en la práctica asistencial enfermera y su relación con el Burnout y la "Fatiga por Compasión". Escuela Universitaria de Enfermería Gimbernat [Internet]. 2015 [citado 15 de abril 2021]; Trabajo Fin de Grado. Disponible en: <http://eugdspace.eug.es:80/xmlui/handle/123456789/257>

20. Rudilla D, Oliver A, Galiana L, Barreto P. Espiritualidad en atención paliativa: Evidencias sobre la intervención con Counselling. Psychosoc Interv [Internet]. 2015 [citado 17 de abril 2021];24(2):79-82. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/inter/v24n2/articulo3.pdf>

21. Rudilla D, Barreto P, Oliver A, Galiana L. Estudio comparativo de la eficacia del counselling y de la terapia de la dignidad en pacientes paliativos. Med Paliativa [Internet]. 2017 [citado 17 de abril 2021];24(1):39-46. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-paliativa-337-articulo-estudio-comparativo-eficacia-del-counselling-S1134248X14001128>

22. Villacieros M, Buceta MI, Bermejo JC. Enhancer elements of compassion satisfaction in healthcare professionals. An Psicol [Internet]. 2019 [citado 18 de abril de 2021];35(2):323-331. Disponible en: http://scielo.isciii.es/pdf/ap/v35n2/es_0212-9728-ap-35-02-323.pdf

23. Herrera A, Ríos M, Manríquez JM, Rojas G. Entrega de malas noticias en la práctica clínica. Rev Med Chile [Internet]. 2014 [citado 18 de abril 2021]; 142(10): 1306-1315. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rmc/v142n10/art11.pdf>

24. Benito Oliver E, De Albornoz PAC, López HC. Herramientas para el autocuidado del profesional que atiende a personas que sufren. FMC Form Medica Contin en Aten Primaria [Internet]. 2011[citado 18 de abril 2021];18(2):59-65. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3617381>

25. Weiss G. Diez frases inspiradoras de Maya Angelou [Internet]. 2014 [citado 19 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.entrepreneur.com/article/267011>

26. Eugenia M, Benadero M, Moreno B, Rodriguez A. ProQOL-vIV Professional quality of life: Compassion Satisfaction and Fatigue Subscales-Version IV. Universidad Autónoma de Madrid [Internet]. 2006 [citado 21 de abril 2021]. Disponible en: https://www.proqol.org/uploads/ProQol_vIV_Spanish_Oct05.pdf

27. Buckman R. How to Break Bad News: A Guide for Health Care Professionals. Baltimore: Johns Hopkins Press; 1992.

ANEXOS

9. ANEXOS

1. EVALUACIÓN INICIAL: CUESTIONARIO ProQOL-CSF-IV. ⁽²⁶⁾

PROFESSIONAL QUALITY OF LIFE (ProQOL -vIV) Cuestionario de Fatiga de Compasión y Satisfacción

Quisiéramos hacerle preguntas acerca de sus experiencias como profesional de Cuidados Paliativos. Considere cada una de las siguientes preguntas de acuerdo con su situación actual. Marque en cada frase el valor que refleje su experiencia profesional más frecuente para usted en los últimos 30 días.

**0=Nunca 1=Raramente 2=Algunas veces 3=Con alguna frecuencia
4=Casi siempre 5=Siempre**

1. Soy feliz.
2. Estoy preocupado por una o más personas a las que he ayudado o ayudo.
3. Estoy satisfecho de poder ayudar a la gente.
4. Me siento vinculado a otras personas, con ocasión de mi trabajo.
5. Me sobresaltan los sonidos inesperados.
6. Me siento fortalecido después de trabajar con las personas a las que he ayudado.
7. Encuentro difícil separar mi vida personal de mi vida profesional.
8. Pierdo el sueño por las experiencias traumáticas de las personas a las que he ayudado.
9. Creo que he sido afectado negativamente por las experiencias traumáticas de aquellos a quienes he ayudado.
10. Me siento "atrapado" por mi trabajo.
11. Debido a mi profesión tengo la sensación de estar al límite en varias cosas.
12. Me gusta trabajar ayudando a la gente.
13. Me siento deprimido como resultado de mi trabajo.
14. Me siento como si fuera yo el que experimenta el trauma de alguien al que he ayudado.
15. Tengo creencias (religiosas, espirituales u otras) que me apoyan en mi trabajo profesional.
16. Estoy satisfecho por cómo soy capaz de mantenerme al día en las técnicas y procedimientos de asistencia médica.
17. Soy la persona que siempre he querido ser.
18. Mi trabajo me hace sentirme satisfecho.
19. Por causa de mi trabajo me siento agotado.
20. Tengo pensamientos de satisfacción acerca de las personas a las que he ayudado y sobre cómo he podido ayudarles.
21. Me siento abrumado por la cantidad y tipo de trabajo que tengo que afrontar.
22. Creo que puedo hacer cambiar las cosas a través de mi trabajo.
23. Evito ciertas actividades o situaciones porque me recuerdan a las experiencias espantosas de la gente a la que he ayudado.
24. Planeo continuar con mi trabajo por muchos años.
25. Como resultado de mi trabajo profesional, tengo pensamientos molestos, repentinos o indeseados.
26. Me siento "estancado" (sin saber qué hacer) por cómo funciona el sistema sanitario.
27. Considero que soy un buen profesional.
28. No puedo recordar determinados acontecimientos relacionadas con víctimas muy traumáticas.
29. Soy una persona demasiado sensible.
30. Estoy feliz por haber elegido hacer este trabajo.

Fuente: Eugenia M, Benadero M, Moreno B, Rodriguez A. ProQOL-vIV Professional quality of life: Compassion Satisfaction and Fatigue Subscales-Version IV. Universidad Autónoma de Madrid [Internet]. 2006 [citado 3 de abril 2021]. Disponible en: https://www.proqol.org/uploads/ProQol_vIV_Spanish_Oct05.pdf

2. 1º SESIÓN FORMATIVA: 25/10/2021.

1º SESIÓN: ¿QUÉ ES EL SÍNDROME DE DESGASTE POR EMPATÍA Y CÓMO ME AFECTA? 25/10/2021

Tras una previa valoración de los resultados obtenidos del cuestionario, se dará comienzo a la primera sesión. Se atajará el problema de raíz comenzando por la autoconciencia y la detección del síndrome a través de un video que permitirá confrontar los síntomas descritos con los propios. Posteriormente, se implementará la dinámica de grupo para comentar y reflexionar acerca del video utilizando la técnica del "Brainstorming". Se explicará el síndrome haciendo uso del diagrama de Ishikawa para facilitar la comprensión de los factores o causas que pueden propiciar su aparición. Igualmente, se hará hincapié en sus múltiples repercusiones y en la importancia preventiva del mismo.

3. 2º SESIÓN FORMATIVA: 27/10/2021.

2º SESIÓN: COMUNICACIÓN TERAPÉUTICA SALUDABLE BORRAR LA "CONSPIRACIÓN DEL SILENCIO" 27/10/2021

Los objetivos de la segunda sesión son, por un lado, el aprendizaje de aquellas habilidades comunicativas necesarias para establecer una relación de confianza con el paciente y la familia sin sobrepasar los límites terapéuticos. Por otro lado, se buscará alcanzar la mayor eficacia en la comunicación terapéutica aprendiendo a manejar de forma estratégica la comunicación no verbal y paraverbal. Todo ello dotará al profesional de mayor seguridad, autoconfianza y satisfacción personal con los cuidados y la ayuda prestada, borrando aquellos sentimientos de inutilidad que puedan aparecer. Igualmente, se trabajará la comunicación asertiva como la más indicada para generar un bienestar emocional y favorecer la autoestima.

En la segunda parte de la sesión, se abrirá un debate reflexivo sobre la "Conspiración del Silencio" y los perjuicios que conlleva el ocultar el diagnóstico y la realidad al paciente. Se advertirá de la importancia de evitar este mecanismo de autoprotección desadaptativo para evitar posteriores sentimientos de culpabilidad.

Se procederá a la explicación del "Método SPIKES" basado en un protocolo de seis pasos sucesivos (*Setting up, Perception, Invitation, Knowledge, Emotions, Strategy and Summary*). Su aplicación facilita una preparación previa a la interacción con el paciente y la comunicación de noticias desfavorables a través de la dosificación de la información, siempre adaptada e individualizada a las necesidades del paciente.

Finalmente, se aprenderá cómo gestionar y actuar de forma estratégica en aquellas situaciones conflictivas mediante su puesta en práctica a través del "Roleplaying".

(Fuente: Elaboración propia)

4. 3º SESIÓN FORMATIVA: 29/10/2021.

3º SESIÓN: CUIDA, PERO SIN DESCUIDARTE FATIGA POR COMPASIÓN VS SATISFACCIÓN POR COMPASIÓN 29/10/2021

Los contenidos y actividades de la tercera sesión irán enfocados en trabajar la resiliencia mediante el "Coping" y en favorecer el autocuidado emocional. Para ello se recurrirán a dinámicas de grupo como el "Roleplaying" con el fin de sustituir todas aquellas estrategias pasivas y desadaptativas (disociación emocional, distanciamiento social...) por estrategias de afrontamiento activas y eficaces. Por otro lado, se utilizará la técnica del "Counselling" como una de las terapias más eficaces para manejar el proceso de duelo emocional ante la muerte del paciente. Se trata de una alternativa que permite "socializar el duelo". Mediante la escucha activa y ayuda mutua de todo el grupo, se expresarán emociones y se compartirán vivencias personales. Además, mediante la reflexión de las preguntas planteadas, se pretende promover el autocontrol y la regulación emocional.

Por otro lado, se clarificarán conceptos como la "Ecpatía", definida como la capacidad para ejercer un control emocional que nos proteja frente a la inundación afectiva y a la "sobredosis emocional", y se trabajará la búsqueda del equilibrio entre la distancia y la proximidad emocional (Empatía VS Ecpatía). Finalmente, se expondrá el "Modelo de Perspicacia Empática" del psicólogo Figley, que trata sobre la capacidad para reducir la "Fatiga por Compasión" a favor de la "Satisfacción por Compasión" a través de la aplicación de tres factores de protección: afecto positivo, autocuidado y recursos. Se recurrirá al "Brainstorming" para promover a la retroalimentación del grupo en cuanto a las medidas que pueden aplicar en cada uno de los tres factores para protegerse frente a la "Fatiga por Compasión".

Antes de proceder a la despedida, se les explicará el otro recurso informático a su disposición que incluye el plan.

(Fuente: Elaboración propia)

5. PÓSTER DIVULGATIVO DE LAS SESIONES FORMATIVAS.



(Fuente: Elaboración propia)

6. EVALUACIÓN CONTINUA DE ASISTENCIA Y PARTICIPACIÓN A LAS SESIONES.

Nº SESIÓN: _____ **FECHA:** ____/____/____

Nº DE ASISTENTES A LA SESIÓN: _____

Valorar las siguientes cuestiones siendo 0 "ningún participante" y 5 "todos los participantes":

Participación/Intervención							Actitud/Interés						
1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
Planteamiento de dudas							Interacción social del grupo						
1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7

¿La sesión se ha desarrollado de forma ordenada y sin incidencias?

¿Algún aspecto a modificar de la sesión?

¡OPORTUNIDAD DE MEJORA!

7. ENCUESTA DE EFICACIA Y UTILIDAD DE LAS SESIONES.

Por favor, conteste las siguientes preguntas que nos permitirán saber cómo de útil y eficaz ha resultado para usted este Plan de Mejora, siendo 1 "nada útil" y 5 "muy útil":

- ¿Los contenidos han sido expuestos con la suficiente claridad para facilitar su comprensión?
- ¿Los contenidos trabajados le han resultado útiles para su posterior puesta en práctica?
- ¿Los temas trabajados le han parecido interesantes y han cumplido sus expectativas?
- ¿Las dinámicas de grupo han favorecido su participación e interacción social con el resto de los profesionales?
- Valore numéricamente cómo de útil le ha resultado el Plan de Mejora.

> ¡OPORTUNIDAD DE MEJORA! (SUGERENCIAS/PROPUESTAS)

- ¿Qué aspectos del Plan de Mejora considera que se podrían mejorar?
- ¿Cree que se debería hacer mayor hincapié en algún tema en concreto o añadir algún contenido nuevo en las sesiones?

(Fuente: Elaboración propia)

8. ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE LAS SESIONES.

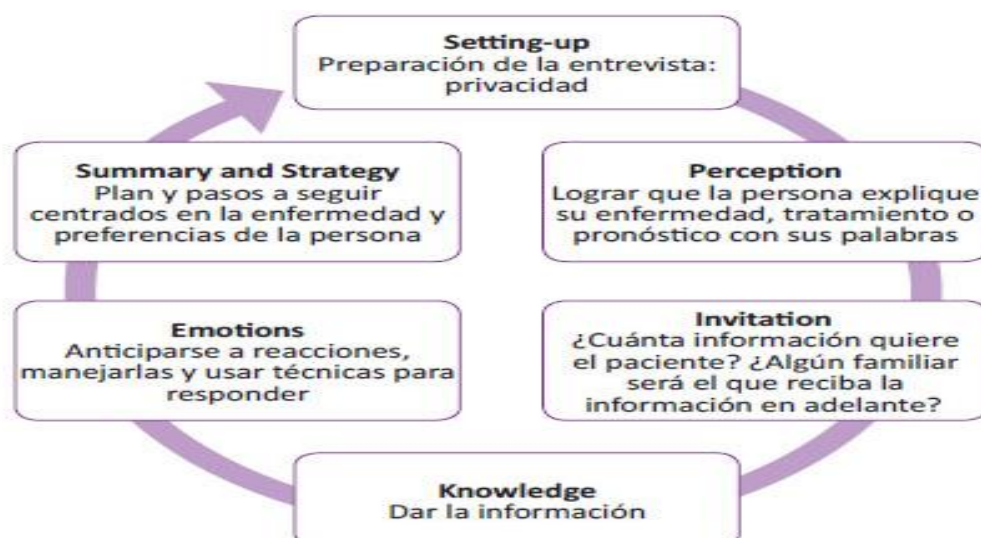
Por favor, conteste las siguientes preguntas que nos permitirán saber su grado de satisfacción respecto al programa, siendo 1 la "puntuación más baja" y 5 el "grado máximo de satisfacción".

1. ¿La organización/duración de las sesiones han resultado apropiadas?
2. ¿Han sido resueltas todas sus dudas de forma satisfactoria?
3. ¿Los enfermeros/as ponentes han mostrado un nivel de competencia pertinente para impartir los contenidos trabajados?
4. ¿Las técnicas empleadas y las dinámicas de grupo le han resultado apropiadas y prácticas para la adquisición de conocimientos, habilidades y estrategias de prevención?
5. ¿Los recursos empleados para el Plan de Mejora (materiales, espacio físico...) han sido suficientes y apropiados para facilitar el proceso formativo?
6. ¿Considera conveniente extender el ámbito de aplicación del Plan en beneficio de otros profesionales de Enfermería de atención paliativa?

Each question is followed by a scale from 1 to 5, represented by smiley faces: 1 (red, sad), 2 (orange, sad), 3 (yellow, neutral), 4 (green, happy), and 5 (green, very happy).

(Fuente: Elaboración propia)

9. PROTOCOLO SPIKES: FASES EN LA COMUNICACIÓN DE MALAS NOTICIAS. ⁽²⁷⁾



(Fuente: Buckman R. *How to Break Bad News: A Guide for Health Care Professionals*. Baltimore: Johns Hopkins Press; 1992)

"Hay un costo de cuidar. Los profesionales que escuchan las historias de miedo, dolor y sufrimiento, pueden sufrir de miedo, dolor y sufrimiento similares, justamente porque se preocupan. A veces sentimos que estamos perdiendo nuestro sentido del self en función de los consultantes a los que atendemos. Aquellos que tienen una enorme capacidad de sentir y expresar empatía tienden a estar en mayor riesgo de Desgaste por Empatía."

Charles Figley, Psicólogo (1995)